

*La chiusura anoressica e i “restauri” nel campo:
un’esperienza clinica*
Mariella Battipaglia*

*Ricevuto il 31 ottobre 2021
Accettato il 27 dicembre 2021*

Riassunto

L’autrice, nel riportare un’esperienza clinica, ripercorre il processo terapeutico riflettendo su alcuni accadimenti legati alla matrice somatica della coppia analitica a lavoro. Le risonanze diadiche attivate nel campo rimandano alle dinamiche implicite psicofisiche della diade madre/bambino, potendo considerare alcuni “fenomeni corporei” come la base corporea dei fenomeni transizionali. In quest’area terza la madre deve concedersi di farsi “usare” come strumento facilitatore del contatto tra realtà esterna e realtà interna. La coppia analitica si è ritrovata nuovamente a lavoro dopo sedici anni: alla luce dell’esperienza clinica odierna e delle recenti teorizzazioni sul contro-transfert corporeo, ha guardato al campo analitico e al suo dinamismo connesso alla tessitura temporale come una dimensione nuova, uno spazio terzo intersoggettivo in cui l’arrendevolezza ad esso trasforma e alchimizza i temi e il tempo della vita.

Parole chiave: *anoressia, rêverie corporea, controtransfert corporeo, tempo morto, arrendevolezza, tessitura relazionale*

* Laureata in medicina, specialista in psichiatria, analista con funzioni di training presso l’AIPA, membro IAAP; Specialista in Psicosomatica Relazionale, docente e cofondatrice dell’Istituto di Terapia Relazionale Integrata, ITRI. Lavora come docente, analista junghiana e come coordinatrice e supervisore di gruppi multidisciplinari medico-psicoterapeutici. Svolge la propria attività professionale come psicanalista e supervisore, presso il proprio studio in Via Lima 28, Roma. Email: dott.battipagliamariella@gmail.com

Studi Junghiani (ISSN 1828-5147, ISSN e 1971-8411), vol. 27, n. 2, 2021
DOI: 10.3280/jun54-2021oa12783

Abstract. *Anorexic closure and “restorations” in the field:
a clinical experience*

The author, in reporting a clinical experience, retraces the therapeutic process reflecting on some events related to the somatic matrix of the analytical couple at work. The dyadic resonances activated in the field refer back to the implicit psychophysical dynamics of the mother/child dyad, being able to consider some “corporeal phenomena” as the corporeal basis of the transitional phenomena. In this third area the mother must allow herself to be “used” as a facilitating instrument of contact between external and internal reality. The analytical couple found themselves back at work after sixteen years: in the light of today’s clinical experience and recent theorizations on bodily counter-transference, they looked at the analytical field and its dynamism connected to the temporal texture as a new dimension, an intersubjective third space in which surrender to it transforms and alchemies the themes and time of life.

Key words: *Anorexia, Body Reverie, Body Countertransference, Dead Time, Surrender, Relational Texture*

Un’antica radice etimologica¹ indoeuropea fa risalire il termine anoressia (*an-orègein*) a “chiusura delle braccia... non cercare”.

Come analisti sappiamo per esperienza che al termine del viaggio analitico, paziente e analista hanno partecipato insieme alla co-costruzione di un processo che ha trasformato entrambi. In quest’ottica relazionale del processo analitico, possiamo cogliere fasi analoghe a una fase iniziale della coppia madre-bambino in cui parti infantili esistenti della psiche-corpo, primitive esperienze emotive, sistemi difensivi e il loro immaginario correlato vengono riesperiti e rielaborati nella relazione paziente-analista, creando l’occasione sia di recuperare parti di sé che di “restaurare” aree danneggiate del Sé e del funzionamento mentale e relazionale.

Fordham (1996), ipotizza la nascita e la crescita dell’Io come conseguenza di continui processi di deintegrazione e reintegrazione di una primaria unità psicosomatica; in quest’ottica il Sé è una sorta di contenitore di tutte le potenzialità del bambino, dal quale alcune emergono attraverso un continuo processo dinamico che coinvolge corpo e mente. Tale dinamismo può accadere solo se il contenitore “sé”² è a sua volta contenuto all’interno del campo della relazione Io/Sé madre-Io/Sé bambino. Tale spazio di relazione

1. Il termine latino *an-orexia* deriva dal greco *òrexis* (appetito) che, a sua volta, deriva dalla voce indoeuropea *orègein* che significa cercare, tendere le braccia, desiderare (Dizionario Etimologico, Cortellazzo e Zolli, 1999).

2. “Sé” inteso come l’insieme delle esperienze psichiche, basato su stabilità, continuità, identità e coscienza preriﬂessiva (Gordon, 1985).

che Winnicott definisce *in between space*, è il luogo dove la madre umanizza le fantasie primitive (archetipiche) del bambino³, a patto che lo spazio relazionale sia sufficientemente libero dalle fantasie archetipiche materne (sul proprio essere madre ed essere stata bambina). Tale spazio risulta inoltre essere il luogo dove la madre accoglie il linguaggio corporeo del bambino per tradurlo e significarlo rispetto allo stato mentale ed emotivo.

Per Bollas (1987), in accordo con gli studi recenti dell'*Infant Research* sulla regolazione affettiva, la madre-ambiente, più che un oggetto è un processo che determina esperienze trasformative interne ed esterne, e sono i ritmi di sintonizzazione di questo processo di accudimento fisico e psichico che informano sulla natura di questo rapporto oggettuale, piuttosto che la qualità dell'oggetto come tale. Da questo punto di vista l'oggetto-madre trasformatore ambientale-somatico del soggetto viene identificato come apportatore di metamorfosi esperienziali del sé, per cui il fallimento di questo rapporto con la madre-processo trasformatore è un fallimento nella possibilità di fare esperienza di sé.

Mi viene in mente che per far questo la madre deve mettersi a disposizione, concedersi di farsi usare come strumento facilitatore affinché il bambino possa mettersi in contatto con la realtà esterna ma soprattutto con se stesso; un processo che, inevitabilmente, richiede alla madre delle continue oscillazioni interiori tra il suo essere madre ed essere stata figlia, in un continuo rapporto dialettico con il Materno, al fine di poter rifocillare il sé del bambino attraverso nuove esperienze trasformative, concedendo a se stessa nuove esperienze e contatti con aree di sé che ancora non conosceva, in una circolarità esperienziale madre-bambino.

Questa funzione processuale della madre permette di connotare l'esperienza emotiva nella sua dimensione temporo-spaziale, poiché nel medesimo tempo i componenti della diade sono contenuti a loro volta all'interno di un contenitore spazio-tempo: una dimensione in cui, se si è sufficientemente liberi dalle immagini archetipiche psichiche e somatiche, madre e bambino hanno la possibilità di guardarsi specularmente ma nello stesso tempo la madre fa da osservatore di questo spazio e permette al bambino di fare l'esperienza di avere uno spazio nella mente di un altro e quindi sviluppare una propria capacità di pensare e di strutturare uno spazio mentale proprio. All'inizio queste esperienze trasformative del bambino passano inevitabilmente attraverso la propria corporeità, significante e incarnante degli stati

3. A mio avviso anche il bambino svolge una funzione di "oggetto trasformatore" per le fantasie archetipiche genitoriali.

psichici: nello spazio di relazione-gioco col bambino, la madre, a sua volta attraverso il proprio corpo, congiunge insieme, inconsapevolmente, polarità altrimenti inconciliabili, quali ad esempio eros e aggressività, odio e amore (vedi per esempio i giochi “fatti dare un bacio così ti mangio tutto!”, “scappa, scappa che ti acchiappo...”).

L’investimento materno sul bambino ha dunque una funzione unificatrice e legante le differenti percezioni scisse del bambino (il latte che riempie lo stomaco, il sapore dolce, il caldo, il contatto muscolare e dermico dell’abbraccio, il suono e il tono della voce, lo sguardo attento, etc.); se questa funzione di integrazione è svolta adeguatamente, il bambino dovrebbe essere capace di “autoriprodursela” attraverso l’autogrificazione nei momenti di frustrazione.

Quando all’interno del campo della relazione non si verifica il legame percezione-emozione-stato affettivo, il processo integrativo è sostituito da un processo di astrazione e di dissociazione corpo/mente, con il contemporaneo sovrainvestimento delle singole percezioni della corporeità rispetto alla loro sensazione e funzione e quindi alla pensabilità dell’esperienza (bocca invece che gusto, occhio invece che sguardo, percezione muscolare al posto della motilità). Il corpo e i suoi organi diventano contenitori di pensieri ed emozioni non altrimenti pensabili, laddove viene a mancare una funzione integrante che permette di esperire gli affetti e di pensare i pensieri. Tale astrazione viene spesso mantenuta nell’anoressia nel rapporto col cibo: una mela non è più una mela, dolce/aspra/rinfrescante/dissetante, diventa una struttura numerica di carboidrati, calorie, fibre, etc.; ugualmente la dissociabilità sensoriale e ideo-affettiva la si evince nel rapporto col proprio corpo e con l’Altro.

Il nutrimento psichico derivante dalla relazione con l’Altro è legato dunque, al reciproco (sia della madre che del bambino) riconoscimento del bisogno dell’Altro (componente libidica) e della spinta ad appropriarsene (componente aggressiva) trasformando l’incorporazione⁴ (con le sue componenti cannibaliche) in internalizzazione di legami più maturi. Nei disturbi alimentari spesso in luogo dell’introiezione, avviene l’incorporazione, un processo in sé non rappresentativo, lasciando il bambino nell’incapacità di riunificazione senso motoria e quindi di riprodurre ciò che sente quando la madre lo guarda, lo nutre, o gioca con lui.

4. Per Laplanche e Pontalis (1967) l’incorporazione è il processo con cui il soggetto fa penetrare e conserva un oggetto dentro di sé; essa costituisce il prototipo somatico dell’introiezione e dell’identificazione e consta di tre significati: procurarsi un piacere facendo penetrare un oggetto in sé; distruggere questo oggetto; assimilare le qualità di tale oggetto conservandolo dentro di sé.

Jung (1964) quando afferma l'inconoscibilità degli eventi psichici e l'impossibilità della psiche di conoscere se stessa, fonda dunque la tensione fra gli opposti e la capacità di tenere insieme l'essenza conoscitiva della psiche e della psiche in relazione. In quest'ottica la psicopatologia viene compresa nell'ambito di un'incapacità di integrare l'ambiguità e il paradosso, di fronteggiare punti di vista contraddittori, di "stare negli spazi" o di costruire "ponti".

Alcuni autori dell'intersoggettività parlano di una "proposizione ontologica bi-personale della mente" dove la presenza di due menti è una caratteristica necessaria per la coscienza e per lo sviluppo dell'auto riflessività.

Aron (2000) infatti ritiene che possiamo conoscere le nostre vite emotive solo nella misura in cui i nostri affetti siano stati riconosciuti da altri che li hanno potuti tollerare all'interno di sé, pensandoli e sentendoli, per poi poterli comunicare qualcosa che noi possiamo utilizzare psicologicamente.

Si potrebbe ipotizzare che è proprio ciò che non è stato tollerato riguardo a pensieri e affetti del bambino da parte del genitore, che viene dissociato dal bambino in un "non me" e che resta cristallizzato, interrompendo quel processo dinamico tra corpo-mente, conscio e inconscio, tra sé come soggetto e sé come oggetto, tra il verbale e il corporeo, impedendo la nascita della capacità simbolica, intesa come apparato con cui la coscienza attua la propria trasmutazione (Trevi, 1993), essendo il simbolo l'unico meccanismo capace di trascendere tesi e antitesi.

Guardando alla relazione analitica con questa lente che osserva le dinamiche che coinvolgono corpo e mente, sia dell'analista che del paziente, si possono evidenziare alcune matrici relazionali (visibili nel sogno, ma anche e soprattutto nel setting), qualora l'analista è interessato e disposto a farsi usare dal suo paziente e a usare il proprio controtransfert per comprendere come il paziente si relaziona con il proprio sé (ma soprattutto come il paziente sia stato usato dai propri genitori e come usa l'analista), essendo alcune modalità di cura, espressione e percezione del sé, espressione delle modalità genitoriali interiorizzate e ancora attive nella gestione di se stessi.

Riflessioni su un'esperienza clinica

E. è una giovane di 22 aa, con una grave anoressia che sta compromettendo anche il suo funzionamento fisico e metabolico. Al nostro primo incontro si definiva molto desiderosa di comprendere che cosa le stava succedendo. Il suo desiderio di conoscenza contagiava anche me; questa ragazza riusciva a incuriosirmi. Tale curiosità di quel primo incontro andava a soste-

nere delle profonde angosce depressive e dei sentimenti di dubbio e impotenza, che riguardavano una profonda angoscia di morte che suscitava la vista del corpo magro e scarno di E., la cui magrezza era soprattutto ben visibile in viso, giacché il corpo era nascosto sotto una tuta da ginnastica nera... un corpo che se non più nutrito, sarebbe andato incontro da lì a poco, inevitabilmente alla morte, un corpo che però era impossibilitato ad alimentarsi.

E. riportava una terribile sensazione di soffocamento e rabbia quando si trovava in casa, mi dava la sensazione che fosse come “contaminata” da un “qualcosa di estraneo, un qualcosa di malato” che continuamente la danneggiava. Il “danno” per E. proveniva soprattutto dalla relazione col padre, verso cui E. nutriva un profondo risentimento rabbioso; E. pensava quasi che il padre facesse apposta a indurle un comportamento alimentare restrittivo, attraverso l’interesse (che ella si viveva come un controllo) che aveva sulla sua alimentazione, e su come questo le “rovinasse” sia la possibilità di alimentarsi adeguatamente che di gioire di tutti altri aspetti della vita che venivano costantemente “inquinati” dal controllo e dall’intrusione del padre. Gli episodi che descriveva avevano una tinteggiatura paranoica ed esemplificavano la proiezione sul padre di fantasmi di invidia, controllo e intrusione.

La rappresentazione di questo padre rigido, impositore di regole, estremamente suscettibile all’ira, era stata fin dall’infanzia sostenuta dalla madre di E.: molte delle attività quotidiane che accadevano in casa, come invitare amichetti, frequentare corsi e sport, la madre si raccomandava di mantenerle segrete al padre che “altrimenti non capiva” e di farle concludere prima che il padre rincasasse dal lavoro, come se la madre dovesse “filtrare” la relazione tra E. e il padre.

Per un lungo periodo il “filtro interno” di E. nella relazione col padre è stata una sua parte che si viveva questo padre (un maschile archetipico e disincarnato, forte, potente ma distante ed estromesso) in maniera persecutoria e sadica, al cui cospetto vi era sempre un femminile/bambina inefficiente, che E. voleva affamare e far morire a tutti i costi.

Questi vissuti persecutori erano costantemente accompagnati da fantasie di “danneggiamento” nei confronti della madre, a cui E. poneva riparo occupandosi lei stessa della casa, della spesa, delle pulizie.

Mentre la rabbia per il padre era chiaramente espressa, quella per la madre per averlo lasciato totalmente nelle mani di E. nel momento del pensionamento di costui, era velata e in un certo senso impensabile e inesprimibile, perché la madre stessa era “succube” di questo padre, che peraltro, nel racconto di E., era stato anche la causa di una “probabile depressione” della madre. Nel suo immaginario il rapporto tra i genitori era concepito come dannoso e distruttivo. Questa idea della coppia da lei percepita come scissa e danneggiata, la perseguitava e la teneva prigioniera.

Sembrava che in E., fusa e identificata simbioticamente (e pre-edipicamente⁵) con la depressione materna, il conflitto edipico fosse “intra-visto” e non accettato perché percepito come una catastrofe, indicando l'impossibilità di raggiungere una “terza posizione”, poiché implicante il dover rinunciare all'idea di un unico possesso della madre; questa ipotesi di perdita si trasformava in un senso di persecuzione; la “terza posizione” era anche quel luogo mentale irraggiungibile, all'esterno della coppia parentale, in cui si potevano dispiegare le proprie capacità di osservazione e di pensiero. In seduta a volte mi osservava, con aria incuriosita mentre pensavo, poi mi interrompeva (e si interrompevano i miei tentativi interni di attivazione di un pensiero immaginario) chiedendomi cosa pensassi; a volte mi dava la sensazione di sentirmi spiata e poi bloccata nel pensiero. Mi chiedevo poi se quello che accadeva tra noi non fosse un equivalente dell'intravedere la scena primaria, dove mi osservava nelle mie “conversazioni con il mio partner interno” e lei diventava l'osservatore escluso e perseguitato, per poi divenire persecutore. Questa dinamica che si realizzava in seduta, che portava poi al blocco del mio pensiero, sembrava l'esemplificazione psichica del tentativo di distruggere i frutti di una mia relazione interna, stesso tentativo di distruzione e blocco del suo “fare pensiero” e della tessitura interna tra emozioni e pensiero che si verificava nei momenti in cui E. “si sentiva anoressica”. Contemporaneamente, in E. c'era sempre la rappresentazione di due stati d'animo o sensazioni opposte, segno di una coniunctio⁶ impossibile, di una mortifera possibilità di adattamento reciproco, una scena primaria che non può realizzarsi senza che gli opposti parentali si danneggino vicendevolmente. Sembra che ciò possa verificarsi quando la scena primaria sia stata incontrata, nella fantasia o nella realtà, senza prima aver avuto un oggetto materno

5. M. Klein (1928) sottolinea come la bambina faccia inizialmente coppia con la propria madre; le frustrazioni legate allo svezzamento la spingeranno alla posizione depressiva e al suo superamento, con una processualità dalla posizione orale, a quella anale e poi genitale, divenendo il padre un oggetto d'amore, attraverso un contemporaneo disporsi nella bambina della funzione del “ricevere”. Qualora nell'iniziale “coppia con l'oggetto materno” stati fisici mentali e dolorosi non abbiano avuto sufficiente comprensione e contenimento, questi impediscono alla bambina di integrare le sensazioni che provengono dal proprio corpo e dal corpo della madre, non potendo realizzare il “sentirsi in coppia” prima con la propria madre e poi col padre, condizione necessaria per poi concepire la coppia genitoriale come sessuata ed effettuare una prima integrazione della struttura edipica.

6. Ricordando Jung: «Ogni progressivo sviluppo o differenziazione della coscienza porta alla conoscenza sempre più minacciosa della contraddizione e implica nientemeno che una crocifissione dell'Io, la sua tormentosa sospensione tra due inconciliabili opposti» (Jung, 1951, p. 43).

solido e contenitivo. La credenza di un buon oggetto materno in E. era stata mantenuta solo scindendo l'esperienza di un materno negativo, attribuendolo al padre; in altre parole la funzione materna e quella paterna non potevano essere unite... bensì erano separate da uno spazio/vuoto.

Il vuoto "fisico" ritornava nei racconti di E. quando ripercorrevamo insieme la sua anoressia: «Dimagrisci perché ad un certo punto il tuo unico obiettivo è quello di toccarti le ossa, ma non perché vuoi essere magra, ma perché man mano che elimini lo spazio tra la pelle e le ossa, così elimini quello spazio dentro di te... e allora non ti spaventa più il vuoto, perché lo elimini». Questa descrizione di E. di trarre forza dal toccare la durezza delle ossa, espressione dell'eliminazione di ciò che sta "tra", esprimeva molto bene il paradosso mortifero in cui era incastrata, il tentativo anoressico di allontanamento dalla simbiosi. La dimensione del tra è un aspetto fondamentale, un tra inteso come spazio transizionale tra corpo e psiche, ma anche come spazio intersoggettivo incarnato tra analista e paziente, e prima ancora tra madre e figlia.

A questo spazio vuoto, A. Green (2006) fa equivalere il *tempo morto*, una sorta di "non tempo", un tempo e uno spazio in cui predomina il disinvestimento, l'inibizione e il ritiro della libido, dove il bambino non ha a che fare più con l'oggetto perduto, bensì con "la presenza del vuoto lasciato dall'assenza dell'oggetto"; è qui all'opera un lavoro del lutto particolare, un lutto senza dolore, che non fa più temere la morte, giacché essa è intrappolata nelle maglie della vita.

Il rapporto con il cibo-madre

Raccontava che le piaceva la sensazione della fame, perché finalmente era riuscita a trovare qualcosa che la faceva sentire forte. Ma nello stesso tempo sembrava che descrivesse una situazione onirica: *"Ero come sotto una campana di vetro, dove nulla mi toccava più, né dall'esterno, né dall'interno"*. Spiegò anche che: *"Era come un incubo... tutte le mattine mi svegliavo e speravo fosse stato un brutto sogno, e invece l'incubo ricominciava"*.

In quei momenti la madre era lì, la implorava piangendo di mangiare, e nello stesso tempo aggiungeva: *"Perché mi stai facendo tutto questo?"*; quando E. sentiva l'emergere di questa componente narcisistica della madre, diventava furiosa: *"Mia madre non mi guardava più ma si preoccupava solo di se stessa e del dolore che io le causavo non mangiando, e allora mi arrabbiavo ancora di più e per un attimo desideravo di tornare a mangiare, perché temevo che l'anoressia non fosse più una cosa mia, ma stesse diventando una cosa di mia madre"*.

Questo racconto permeato di sofferenza, rabbia e sadismo, generava in

me una profonda sensazione di disperazione accompagnata da una profonda rabbia *“Per chi non interviene a mettere un limite, bensì si preoccupa del danno che riceve”*. In quei momenti dovevo trattenermi per non intervenire in maniera decisiva sul comportamento alimentare trascurato di E. e sulla sua non curanza rispetto a ciò che mangiava o non mangiava, e il suo non mangiare faceva sentire anche me danneggiata: si attivava in me una preoccupazione narcisistica col prevalere di pesanti istanze sadiche e masochistiche, piuttosto che lo stare di una “madre attenta” a ciò che sta succedendo al figlio. Commentai che non fosse chiaro in quel momento *“chi stava danneggiando chi”* nel rapporto con la madre, ma vi era chiaramente qualcosa che spaventava entrambe e aveva compromesso il suo rapporto col cibo.

Nello stesso tempo, tenendo a bada quella componente di me che voleva intervenire sul cibo per gestire le angosce mortifere che si toccavano in quel momento, le rimandai l’assoluta sua “area privata di corpo-emozioni-cibo” e di quanto non privatizzando quest’area e la sua funzione di alimentarsi, la continuasse a esporre, ad abusarne nel senso di farne un uso altro e a metterla in mezzo. Sembrava ripetersi in questo meccanismo, l’esperienza traumatica dell’“essere ceduta”: E. si era sentita più volte dalla madre ceduta alla nonna paterna, perché sola, perché vedova e depressa, usata dai propri genitori per occuparsi “delle perdite” della nonna; nel momento del pensionamento del padre è come se fosse avvenuta una riedizione dell’esperienza traumatica: lei “ri-ceduta” al padre per occuparsi dello stato di deprivazione di costui (probabilmente collegato alla perdita del lavoro con cui questo padre era molto identificato). Con l’anoressia E., non occupandosi del suo corpo, lo “cedeva” alla denutrizione, quasi a prevenire un’esperienza di perdita che questa madre avrebbe inevitabilmente esperito, al cospetto di una figlia che cresce e che diventa donna.

Il rapporto con il nutrimento-terapia

I nostri incontri, che E. all’inizio sembrava aver desiderato così tanto, dopo qualche mese evocavano un senso di pesantezza, sia fisica che emotiva, facendo sentire me confusa, inutile, che non le bastava quanto le dessi nonostante il mio sentirmi esausta. Le sedute erano accompagnate dalla sensazione profonda che avevo e che lei a volte verbalizzava, di non voler aver bisogno di me (sembrava io diventassi l’oggetto su cui proiettare le sue emozioni intollerabili), raccontava l’odio nei confronti dell’anoressia che aveva tolto tempo e spazio alla sua vita e, quanto stare in terapia la obbligava a pensare all’anoressia. Per poter lavorare con lei dovevo fare continuamente attenzione alle mie ansie sul trovare la giusta misura, come se per poterla

avvicinare, visto il suo “divieto di accesso alla relazione”, dovevo stare attenta a metterla in grado di ricevere pensieri già pre-metabolizzati, una sorta di cibo già pre-digerito. A volte mi faceva da guida l’osservazione del suo corpo emaciato, delicato e fragile, che poteva essere nutrito e toccato solo un poco alla volta. In seduta con E. avevo bisogno di un’attenzione costante al “qui ed ora” della seduta, una costante sintonizzazione sia sulla mia parte emotiva che fisica, accompagnata a volte da una mia pre-narrazione interna del mio stato fisico e psichico, realizzando la necessità di un bisogno di mia rêverie anche corporea⁷.

«Il corpo parla sempre», scrive A. Lemma, «il compito dell’analista è quello di ascoltare cosa esprima o nasconda con la sua relativa rumorosità o con la sua tranquillità»; ma inevitabilmente l’ascolto del corpo è filtrato dalla soggettività psicofisica dell’analista, dalle sue matrici teoriche e di riferimento, dal suo implicito, da quel modo peculiare di avvicinarsi alla sensorialità per tentare di trasformare l’affettività. È difficile mettere in parole come i due corpi nella stanza di analisi si impattino e si influenzino reciprocamente; giacché la presenza fisica dell’altro e le reciproche interazioni, modulano la nostra esperienza soggettiva del nostro corpo (Fotopoulou e Tsakiris, 2017), potendo trarre informazioni in quel momento attraverso il modo in cui l’essere umano abita il corpo e il suo spazio fisico, di qualcosa che riguarda l’assetto mentale interno.

Gran parte della terapia con E. è stata permeata da una profonda ambivalenza verso la cura: E. oscillava tra idealizzazioni irrealistiche e sensazioni di catastrofi imminenti, poiché a volte E. era consapevole degli attacchi che rivolgeva alla terapia e alle sue parti più bisognose. La mia offerta di aiuto andava a discapito della sua indipendenza. L’aiuto che le offrivo era vissuto come un’intrusione, un modo per privarla della sua anoressia/autonomia. Voleva crescere rimanendo bambina, ma con la saggezza di una vecchia, bypassando e rimanendo immune dal confronto di un “donna a donna”, ossia di donna con un corpo fisicamente maturo. Questa polarità bambina-vecchia rimandava in me delle immagini terribili e nello specifico l’immagine di un corpo in anoressia terminale: un corpo scarno, così debole che devi portarlo in braccio, ricoperto da pelle invecchiata pelosa e rugosa, una testa grande sbilanciata rispetto al corpo, due occhi da neonato.

Per poter crescere doveva accettare l’aiuto che le offrivo, contemplare

7. «Nella relazione controtransferale con pazienti affette da disturbi alimentari, le esperienze affettive non simbolizzate interessano sia il corporeo che gli organi percettivi dell’analista, a dimostrazione della primitività e indifferenziazione di tali esperienze e di come l’Io sia incapace di sperimentare un’autonomia nella realtà, al di fuori della primitività della corporeità e del conflitto con essa» (Battipaglia, 2005, p. 72).

l'avidità, gli aspetti estremi e vitali della voracità espressa da una sorta di "attaccarsi al seno" all'infinito, un desiderio di vita senza il timore di togliere la vita all'altro... ed io dovevo rimanere presente, nonostante in alcuni momenti mi sentissi svuotata e devitalizzata, superando il timore che crescendo lei, sarei morta io.

Solo che nell'attesa e nella frustrazione di stare con una terapeuta che non le desse prontamente il manuale per guarire dall'anoressia, E. sperimentava momenti di depressione che la gettavano nell'impotenza totale e cominciava a sentirsi estremamente dipendente dalla terapia. Sensazione questa che per E. rappresentava l'essere nel bisogno estremo, in una condizione persecutoria di rischio di vita... era allora che l'anoressia con l'illusione che fermasse il tempo, rappresentava una soluzione al *mors tua, vita mea* che sembrava essere l'assioma di questa relazione col materno che E. aveva sperimentato e che non contemplava un "due", bensì o una madre calda e fusionale che dà tutto o una figlia ingorda che prende tutto. Questi erano i momenti in cui per non colludere con le sue richieste transferali ("sei una madre fredda che non mi dà abbastanza"), dovevo sintonizzarmi sul mio controtransfert ("ma come, ti ho dato cibo e cibo buono!"), i momenti in cui dovevo fidarmi di quello che le davo, sospendere questa polarità di lotta di opposti⁸, sapendo che era il meglio che potevo, pur avendo un limite, pur non essendo sempre il meglio per E. Proprio queste fasi della terapia in cui non coincidevo (e colludevo) con il suo transfert, risulteranno poi essere i momenti più fecondi di trasformazione e possibilità di individuazione.

Lo spazio della terapia

Per lungo tempo, entrare in questo spazio, così come nel proprio spazio interno, risultava pericoloso. Il modo di prendere contatto con la terapia in questa fase era quella dell'identificazione adesiva, una modalità tranquillizzante di relazione che non deve sopportare la fatica di perdere l'oggetto. L'alternativa a questo spazio sia in senso fisico che psichico era quella di un "corpo tubo" atto al passaggio veloce del cibo, senza contenimento; oppure di un "cibo-pietra che tappa i buchi della fame" senza digestione, così come di una terapia che doveva riempire ma non nutrire.

Questa difficoltà della paziente di ricevere si accompagnava a una diffi-

8. Ricordando ancora Jung (1958, p. 105): «la funzione trascendente si manifesta come una caratteristica di opposti che si sono reciprocamente avvicinati. Fin quando questi opposti sono mantenuti estranei l'uno all'altro – allo scopo naturalmente di evitare conflitti – non funzionano, e ne consegue un morto ristagno».

coltà a raggiungerla, di sentire accolte le mie parole e dall'ostacolo di qualsiasi scambio emotivo. Ci trovavamo in una condizione in cui la bocca e la verbalizzazione era iperinvestita, mentre era ostacolata l'attivazione di altre funzioni come quella dell'ascolto. Nella percezione del sé corporeo della paziente veniva ignorata l'esistenza di altri organi con funzione recettiva (pancia o vagina).

Lo spazio intermedio (*in between space* di Bion) tra E. e me, durante le sedute, non era mai adeguato: o troppo vicino o troppo distante, troppe parole o troppi silenzi. Se eravamo troppo vicine emotivamente, E. lo viveva come un attacco alla sua integrità fisica e psichica, ne era spaventata quanto l'isolamento e il vuoto, a volte se ne difendeva idealizzando il suo stare bene e non aver bisogno di terapia, oppure perseguitandosi su quanto non sapeva usare bene la terapia.

Come con un bambino, dovevo ascoltare la comunicazione non verbale. Era importante fossi in sintonia con lei per coglier i più lievi segnali provenienti dal suo corpo, quali atteggiamenti posturali, mimica facciale, a volte anche abiti che indossava, per poter tentare di trovare degli indizi su quale fosse il suo stato psichico; così come mi resi conto che la mia presenza, il mio esserci emotivamente, era molto più importante di ciò che dicevo. A volte dovevo stare attenta al tono della mia voce oppure dovevo accorgermi di dettagli insignificanti quali il grado di illuminazione della stanza o la temperatura, giacché potevano avere su E. un effetto di apertura o meno a me.

Altre volte, nei momenti di solitudine profonda che sperimentava nei suoi accessi rabbiosi in casa e che riportava in seduta, E. si immobilizzava, rimanendo pietrificata (una statua marmorea era a volte l'immagine che mi rimandava lei in alcuni momenti sul lettino) ed io mi sentivo pietrificata con lei in uno stato di profonda contrattura muscolare e dolore fisico.

Ogden (2008) riflette su come alcune esperienze controtransferali con pazienti che presentano dei nuclei autistici, pur non essendo psicotici, comportano per l'analista sensazioni di dolore fisico, noia, morte interiore e spesso il desiderio nell'analista che tutto questo dolore giunga alla fine.

In quei momenti dovevo attivare una funzione di ricezione, dovevo consentire alle sue/mie emozioni di circolare dentro di me e poi dar loro un nome e provare a raccontarle ciò che sentivo in quel momento in seduta, ciò che si stava costituendo come qualità dell'esperienza affettiva tra noi. Dovevo come trasformare dentro di me e umanizzare la mostruosità di alcuni stati emotivi e sensoriali che la facevano sprofondare in uno spazio ristretto e angusto, in cui non vuoi vedere e non vuoi essere visto, ma nello stesso tempo resti solo con i tuoi mostri. La pietrificazione e l'angoscia a essa correlata faceva riaffiorare in me il ricordo di alcuni racconti che E. aveva fatto di lei

bambina che assisteva ai litigi dei genitori: *“I miei litigavano, non ce la facevo più a sentirli, li odiavo e avevo paura che si facessero del male, ma non riuscivo ad andare via. Allora mi nascondevo e mi tappavo le orecchie, rimanevo immobile per non far rumore, una paura terribile mi rimaneva dentro per giorni... nascondendomi e tappandomi le orecchie non vedevo e non sentivo mai come era andata a finire”*.

Questo spazio angusto in cui E. rimaneva pietrificata era il luogo dove incontrava le sue fantasie terribili, il luogo dell'impotenza infinita, dell'attesa di qualcosa di mortifero che sai che metterà fine a tutto ciò ma che nello stesso tempo non vuoi che accada proprio perché mortifero.

“C'è una scena nel film Apollo 13 dove la navicella deve assolutamente incastrarsi in un congegno meccanico, affinché si possa evitare l'irrimediabile; lì l'irrimediabile non è la morte, ma il vagare in eterno nell'infinità dello spazio...”.

Sospesa nel suo desiderio di voler sparire, invocava lo sguardo dell'Altro per “darsi un corpo”, ma lo sguardo assente dell'Altro le aveva rimandato un senso di estraneità sia a se stessa che all'Altro, restando in uno spazio sospeso e intrappolato. Erano quelli i momenti in cui dovevo stare attenta al corpo mio e della paziente, attenta alle immagini corporee che mi sovvenivano... una di queste era una scena di infinita sofferenza, di uno stare al capezzale di un convalescente che ami, che sai che è destinato alla morte... e più vorresti rimandare quel momento, più il tempo si sospende diventando un'eternità.

Momenti in cui sentivo che dovevo essere viva, dovevo dar voce a questa sensazione di morte-non morte che provavo in seduta; ci chiedevamo insieme da dove potesse arrivare, davamo un nome ai fantasmi per poterli poi finalmente riconoscere e così differenziare ciò che era vivo da ciò che era morto e già accaduto, per poter piangere e dare un senso a quel tempo che E. voleva invece sospendere e fermare.

La negazione del tempo e delle differenze fa ricordare la cosiddetta “morte psichica” di Bion, una sorta di arresa quiescente che segue alla disperazione, laddove la difesa da ciò aveva portato al formarsi di un meccanismo perverso che non permetteva l'accettazione del limite e quindi la formazione di uno spazio mentale in cui potesse dispiegarsi il pensiero.

Berry Proner (2003) distingue tra analizzare il transfert e lavorare nel transfert. Il primo è un metodo in cui, insieme con il dare enfasi a un certo numero di diverse aree come parte del processo analitico, la traslazione viene riconosciuta e probabilmente interpretata o vi si allude, oppure se ne prende nota. Invece lavorare nel transfert si riferisce all'uso della traslazione come orientamento centrale del metodo analitico, una pratica che è basata sulla convinzione che tutto il materiale portato nella seduta analitica, sia verbale

che non verbale, sia sogni che associazioni, comunichi qualcosa circa la relazione interna che si sta sviluppando tra il paziente e l'analista.

Nella mia esperienza il lavorare nel transfert nell'incontro della coppia paziente-analista all'interno del contenitore terapia, come vaso alchemico, genera nuovi significati dell'esperienza, tanto nell'uno quanto nell'altro; a volte il vaso alchemico è la relazione psichica tra i due, come spazio-luogo tra, altre volte è proprio la corporeità di entrambi che diviene il principale recipiens di trasformazioni, altre volte ancora, come si vedrà in seguito, è la dimensione tempo.

Nella stanza di analisi, luogo dove avvengono la ripetizione e il rinnovamento dell'esperienza, lavoriamo continuamente in quell'area che ha la potenzialità di far sorgere una rappresentazione che è dicibile in parola per divenire esperienza, sollecitando la potenzialità relazionale esperienziale sia intra che inter-psichica. Corporeità e psichicità vissute nella loro unicità e circolarità, possono essere reciproci ausili di canali di ascolto della totalità dell'esperienza psicobiologica che permea l'individuo e l'individuo in relazione.

Si tratta di quel particolarissimo tipo di rapporto che si realizza nella stanza dell'analisi, nell'hic et nunc, tempo-luogo dove il paziente e l'analista sono entrambi co-creatori di quel campo psicofisico: i contenuti non solo sono proiezioni di qualcuno su qualcun altro, ma è il campo stesso che in quel momento ha una determinata qualità dell'esperienza psicosensoriale, condizione affinché due persone possano "sognare" la propria esperienza, soprattutto quella più disturbante.

...16 anni dopo

Finche' vivi, continua ad imparare a vivere
Seneca.

Ciò che ho descritto finora dell'esperienza clinica con E. riguarda alcune sequenze accadute 16 anni fa, nei tre anni di terapia trascorsi insieme. Oggi, riguardandole, mi viene in mente l'arrendevolezza, di come io mi sia dovuta arrendere in molti momenti, non solo verso l'anoressia di E., ma anche al mio corpo e alle esperienze sensoriali che mi accadevano. Negli anni trascorsi, diversi sono stati gli studi e le pubblicazioni sul controtransfert corporeo nella letteratura psicanalitica internazionale (Lemma, 2015; Martini, 2016; Lombardi, 2016; Wright, 2020; Battipaglia e Curatola, 2021).

Possiamo guardare alla resa non solo come a un sacrificio dell'Io, ma anche come a un riconoscere dell'Io del proprio ruolo subordinato al Sé, la

propria funzione di organo di coscienza e non di padrone del corpo. In accordo con Lowen (1994), quando dice che è proprio la parte oscura, la parte inconscia del nostro corpo, quella che fa fluire la nostra vita.

Confesso che la mia giovane età al tempo, mi obbligava a una postura analitica difensiva e rigida, i miei “fenomeni corporei” mi sembravano strani, estranei, selvaggi e disturbanti, a tratti essi stessi persecutori rispetto al mio assetto mentale che immaginavo un’analista dovesse possedere.

Dopo 16 anni, E. è ritornata in terapia, nel frattempo ha lavorato, si è sposata, ha avuto due figli e oggi richiede aiuto perché si sta separando e ha paura di “spegnersi”. Oggi anche E. ha dovuto arrendersi al fatto che ha un corpo vivo e libidico, desideroso di ulteriori esperienze di vita.

Al tempo non sapevo ancora quanto l’analista partecipi con tutta la sua totalità psicofisica agli accadimenti del mistero del vivente in seduta.

Accenno solo brevemente al lavoro che sta accadendo nell’attualità tra noi, riservandomi di approfondirlo in un ulteriore scritto: esso a volte ha una qualità particolare, dove ricordi/sogni/rêverie/realità della nostra terapia passata si congiungono per accostamenti e differenziazioni ad esperienze del presente, spesso in un continuo sia mio che suo “*Si ricorda quando...?*”; diveniamo entrambe co-costruttrici e tessitrici dell’esperienza passata e presente, immaginando a volte il futuro. Una qualità del tempo viva e trasformativa pregnante le maglie del tessuto dell’evolvere dell’esperienza. Quasi una sorta di *quarta dimensione*⁹ (Möbius, 1827), che permette “di esplorare il cambiamento di forma dei corpi” poiché più vertici di osservazioni e rappresentazioni possono essere contemplate in uno spazio complesso che include la coordinata tempo. Una nuova esperienza a volte, con particolari caratteristiche di fluidità, quella che sta accadendo tra E. e me. In queste prospettive che si delineano, il campo della relazione ha la potenzialità di assumere una natura quadrimensionale, in cui paziente e analista sono oggetti e soggetti del campo, e quindi influenzati dalle dinamiche proprie del campo, ma anche soggetti che alternativamente osservano le dinamiche che si attivano nel campo e le reciproche trasformazioni a cui essi stessi sono sottoposti.

Bibliografia

- Aron L. (2000). *L’auto riflessività e l’azione terapeutica della psicanalisi*. Relazione letta presso l’ISIPSe, 26/2/ 2000.
- Battipaglia M. (2005). Transgenerazionale, identità femminile e DCA. *Studi Junghiani*, 11, 1: 65-76.

9. Per la rappresentazione grafica della quarta dimensione vedi “geometria euclidea in uno spazio quadridimensionale” al link: https://it.wikipedia.org/wiki/Quarta_dimensione

- Battipaglia M., Curatola G. (2021). *The Body-Mind Dialogues from Affects to Representations*. Relazione presentata alla V European Conference dell'International Association for Analytical Psychology, Berlino, 20 agosto 2021.
- Bion W.R. (1963). *Elements of Psychoanalysis*. London: Heinemann (trad. it. *Gli elementi della psicoanalisi*. Roma: Armando, 1973).
- Bollas C. (1987). *The Shadow of the Object*. New York: Columbia University Press. (trad. it. *L'ombra dell'oggetto*. Roma: Borla, 2001).
- Fordham M. (1969). *Children as Individuals*. London: Hodder & Stoughton (trad. it. *Il bambino come individuo*. Milano: Vivarium 1996).
- Fotopoulou A., Tsakiris M. (2017). Mentalizing homeostasis: The social origins of interoceptive inference. *Neuropsychoanalysis*, 19, 1: 3-28. DOI: 10.1080/15294145.2017.1294031
- Gordon R.M. (1985). Big self and little self: some reflections. *Journal of Analytical Psychology*, 30, 261-271.
- Green A. (2000). *La Diachronie en psychanalyse*. Paris: Les éditions de Minuit (trad. it. *La diacronia in psicanalisi*. Roma: Borla, 2006).
- Jung C.G. (1921). Psychologische Typen (trad. it. Tipi Psicologici. In: *Opere*, vol. 6. Torino: Boringhieri, 1987).
- Jung C.G. (1958). Die transzendente Funktion (trad. it. La funzione trascendente. In: *Opere*, vol. 8. Torino: Boringhieri, 1987).
- Jung C.G. (1964) *Der Mensch und seine Symbole* (trad. it. *L'uomo e i suoi simboli*, a cura di John Freeman. Roma: Casini, 1967).
- Jung C.G. (1976). Die Archetypen und das kollektive Unbewußte (trad. it. Gli archetipi e l'inconscio collettivo. In: *Opere*, vol. 9. Torino: Boringhieri, 1987).
- Klein M. (1975). Early Stages of the Oedipus Conflict. In: *Love, Guilt and Reparation and Other Works*. London: Hogarth Press (trad. it. I primi stadi del conflitto edipico. In: *Scritti 1921-1958*. Torino: Boringhieri, 1978).
- Laplanche J., Pontalis J. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF (trad. it. *Enciclopedia della psicanalisi*. Bari: Laterza, 1995).
- Lemma A. (2015). *Minding the body: the body in psychoanalysis and beyond*. East Sussex, New York: Routledge.
- Lombardi R. (2016). *Metà prigioniero, metà alato: la dissociazione corpo-mente in psicanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lowen A. (1994). *Joy: The Surrender to the Body and to Life*. East Rutherford: Penguin (trad. it. *Arrendersi al corpo. Il processo dell'analisi bioenergetica*. Roma: Astrolabio, 1994).
- Martini S. (2016). Embodying analysis: the body and the therapeutic process. *Journal of Analytical Psychology*, 61, 1: 5-23. DOI: 10.1111/1468-5922.12192.
- Ogden TH. (2005). *This art of psychoanalysis*. Taylor & Francis e-Library. (trad. it. *L'arte della psicanalisi. Sognare sogni non sognati*. Milano: Raffaello Cortina, 2008).
- Proner B. (2003). Obiettivi e metodi dell'uso contemporaneo del transfert rispetto all'atteggiamento analitico. Un contributo clinico. *Studi Jungiani*, 9, 1: 37-52.
- Trevi M. (1993). *Saggi di critica neojungiana*. Milano: Feltrinelli.
- Winnicott D.W. (1975). Mind and its Relation to the Psyche-Soma. In: *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. London: Tavistock (trad. it. L'intelletto e il suo rapporto con lo psiche-soma. In: *Dalla pediatria alla psicanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975).
- Wright S. (2020). Analytic Attitude, Focus or Embodiment? Subtle Communications in the Transference/Countertransference Relationship. *Journal of Analytical Psychology*, 65, 3: 538-557. Doi: 10.1111/14 65.68-5922.12599.